

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 76

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
NÉPHRITES HÉMATURIQUES
ET DE LEUR
TRAITEMENT CHIRURGICAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 Mai 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BERTRAND

Ex-Interne de l'Hôpital St-Joseph de Lyon

né à BARJAC (Gard) le 11 Mai 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES NEPHRITES
HEMATURIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 76

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
NÉPHRITES HÉMATURIQUES
ET DE LEUR
TRAITEMENT CHIRURGICAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 Mai 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BERTRAND

Ex-Interne de l'Hôpital St-Joseph de Lyon

né à BARJAC (Gard) le 11 Mai 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE
PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
	TIXIER
	BERARD
	X.
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique	MOURIQUAND
Clinique des maladies des enfants	VILLARD
Clinique des maladies des femmes	LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET
Clinique des maladies des voies urinaires	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	HUGOUNENQ
Chimie biologique et médicale	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	BRETIN
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie	POLICARD
Histologie	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	CADE
Pathologie et Thérapeutiques générales	PAVIOT
Anatomie pathologique	PATEL
Chirurgie opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ETIENNE-MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	SAVY
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	LEULIER
Pharmacie,	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puericulture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT.
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DUMAS.
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE.
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCAU.
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
CORDIER (V.)	SANTY	DEVIC.	ROCHET (Ph.).
			WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

R. UNIV.
 BIBLIOTHEEK
 LEIDEN

MM. ROCHET, président ; THEVENOT Léon, assesseur
 CHALIER André et WERTHEIMER, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

C'est à eux que je dédie ce modeste travail qui est un faible témoignage de profonde reconnaissance et de réelle affection .

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'HÔPITAL ST-JOSEPH

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET,

Professeur de Clinique Urologique

Il nous a fait l'honneur de présider
cette thèse. Nous le prions d'accepter
l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILIANI

Chirurgien en Chef de l'Hôpital Saint-Joseph

Nous sommes heureux de lui exprimer
ici nos remerciements pour l'année que
nous avons passé dans son service et
pour nous avoir inspiré le sujet de notre
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. RAFIN

*Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien honoraire de l'Hôpital Saint-Joseph*

ET A TOUS MES MAÎTRES,

Qui nous ont aidé de leurs conseils et
de leur expérience dans l'élaboration de
notre thèse.

Nous les remercions sincèrement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. CHABALIER

Médecin en Chef de l'Hôpital Saint-Joseph

Nous lui devons une grande part de notre éducation clinique.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte aujourd'hui pour lui adresser en toute sincérité nos remerciements pour la bonté avec laquelle il nous a fait bénéficier de son expérience.

A MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVIER

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Nous le remercions pour la bienveillance et le dévouement dont il a toujours fait preuve à notre égard pendant l'année que nous avons passé dans son service.

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL ST-JOSEPH

MM. LES DOCTEURS CHABALIER,
GUILIANI,
OLIVIER,
BLANC-PERDUCET,
CHARRAT,
FAYSSE.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES NEPHRITES HEMATURIQUES

Avant-Propos

Les néphrites, maladies bien médicales, ont fait, depuis quelques années, l'objet d'assez nombreuses études, de la part des chirurgiens. Ceux-ci ont, en effet, cherché à combattre, par l'intervention, une certaine catégorie de néphrites qui résistaient à un traitement médical et à remédier ainsi à quelques-uns de ces graves symptômes que créent les maladies du rein.

C'est à Georges M. EDEBOHD, de New-York, que revient l'honneur d'en avoir, le premier, proposé le traitement chirurgical le plus simple, qui a fait ses preuves depuis, c'est-à-dire, la décapsulation rénale, intervention qui a pour but d'arrêter un processus inflammatoire, sympathique ou nerveux, au niveau d'un rein malade.

Parmis ces néphrites, la néphrite hématurique occupe une place à part et c'est à son étude que nous désirons apporter notre contribution,

CHAPITRE PREMIER

Définition - Historique

En débutant, nous devons dire que ces syndromes, que les chirurgiens dénomment **néphrites chroniques hématuriques**, sont caractérisées par des hématuries abondantes, souvent unilatérales, intermittentes, et pendant les intervalles des hématuries, souvent, il n'y a ni albumine, ni cylindres, ni signes de néphrite.

A l'heure actuelle, la preuve de leur existence, qui découle d'un grand nombre d'observations cliniques, ne peut plus être contestées, quoique leur connaissance ne remonte guère qu'à une trentaine d'années.

C'est ALBARAN qui, dans sa Leçon sur le Diagnostic des Hématuries Rénales, en 1898, et POUSSON (*XIII^e Congrès d'Urologie*), qui attirèrent l'attention sur ces hémorragies que, disent-ils, ils rencontrèrent parfois si alarmantes.

Paraissent alors un certain nombre d'observations

et le Professeur DEMONS, peut faire quelques remarques sur l'affection, à la XIII^e Session de l'Association Française de Chirurgie.

En 1900, MALHERBE et LEQUEU, dans leur Rapport à l'Association Française d'Urologie démontrent le rôle pathogénique de la sclérose rénale, dans un grand nombre de néphrorragies, qui sont classées sous la rubrique *sine materia*. Ils battent en brèche les doctrines que venaient d'émettre RENAUT et LANCERAUX, qui l'attribuaient à une influence nerveuse; KLEMPERER qui l'attribuait à l'hémophilie. Leur avis était aussi celui d'ALBARAN qui, en 1904, consacre, à ce sujet, un article dans la *Presse Médicale*.

Depuis, les travaux se sont multipliés : nous citerons entre autre, HEITZ BOYER et son école, qui, dans l'étude des formes hématuriques du syndrome entéro-rénal faisait jouer un grand rôle à l'infection intestinale et, en particulier, au colibacille dans la production de ces néphrorragies.

A Lyon, dès 1913, MURARD s'occupait du traitement chirurgical des néphrites, recherches que reprenait BOUSQUET en 1921.

Vers la même époque, une thèse de MONTEL, de Lyon, montrait le rôle prépondérant du foie, producteur lui-même d'hémophilie, dans la pathogénie de ces hématuries, dites essentielles.

Mais c'est surtout depuis 1923 qu'une grande discussion s'ouvrait à la *Société Française d'Urologie*, où, à la suite de MICHON, qui avait ouvert la discussion, de nombreux chirurgiens, dont les principaux étaient MARION, LEQUEU, CHEVASSU, ESCAT, LÉPOUTRE

et VERLIAC, discutaient les observations qui leur étaient présentées et en éclaircissaient un certain nombre de points concernant la question, entre autres, le diagnostic et le traitement.

Les Médecins se rangeaient plutôt alors à une théorie hémophyliques (LANGERON et BOCCA), alors qu'un certain nombre de chirurgiens parisiens, à la suite de POUSSE, adoptaient une théorie donnant pour cause, aux néphrites hématuriques, des lésions parcellaires du rein.

Au point de vue du diagnostic, RAFIN, discutait, dans son observation de 1925, celui de la tuberculose.

Pour notre part, nous pouvions en rencontrer dans le service de M. le Docteur GUILIANI, qui mettait trois observations à notre disposition, ce qui devait servir de base à notre travail.

CHAPITRE II

Etiologie

Les néphrites chroniques hématuriques n'ont, par définition, pas une des causes des maladies chirurgicales du rein, telles que lithiase ou tuberculose rénale ou cancer, car alors, rien ne nous empêcherait de le classer dans un de ces groupes.

Elles ont une étiologie très mal connue ; aussi les auteurs leur ont-ils trouvé des causes multiples. Il y a quelques cas qui, tout comme un grand nombre des néphrites brightiques, paraissent avoir leur origine, ou être la conséquence, d'infections ou d'intoxications générales (MARION).

ISRAËL, signale la *varirole* ; Georges EDEBOHLDS, le *paludisme*, la *diphthérie*, le *rhumatisme* ; LEGUEU, une *angine banale* ; POUSSON, une *fièvre typhoïde*. Quant à ESCAT, il estime qu'on a surtout affaire à des séquelles de *staphyloccocie*.

Quant aux causes locales, de nombreux auteurs ont cherché à les utiliser, pour expliquer la production de ces néphrites hématuriques.

HEITZ BOYER et MARSAN, en signalent une dizaine de cas, consécutifs à un traumatisme.

Celui de ROVSING, est assez typique pour mériter d'être signalé ; en effet, cet auteur a constaté, au cours de son intervention, une compression du pôle supérieur du rein, qui était tuméfié et emprisonné d'adhérences et le sillon imprimé par la douzième côte sur l'organe.

Pour ALBARAN et ERHZBICHOFF, il y aurait des lésions de néphrite dues à un certain degré de mobilité rénale, qui détermineraient l'hématurie ; c'est aussi l'opinion de CABOT, qui cite le cas d'une malade qui présentait des hématuries, dont on ne put expliquer la cause, dès qu'elle prenait la station debout.

MARSAN, signale encore la grossesse comme cause adjuvante pour les manifestations hématuriques du début, et rappelle des cas de néphrite hématurique, qu'il croit dûs à l'élimination abondante au niveau des reins, des sels oxaliques et uriques.

Une place est à faire à ANCHÜTZ, de Kiel, qui rapporte des observations de malades atteints d'hématuries, à la suite d'appendicite, qui avait provoqué une dégénérescence des reins, sous forme de néphrite grave ou légère, qui disparaissait par le traitement de l'appendicite.

A propos de la colibacillose, MARION en a vu débiter certains cas par de l'hémorragie pour se terminer par pyélonéphrite. HEITZ BOYER a toujours fortement in-

sisté sur les formes hématuriques du syndrome entéro-rénal qui, pour lui, serait d'une importance toute particulière et serait la cause d'un grand nombre de ces hématuries, dont nous cherchons vainement l'origine.

En terminant, je signalerai l'influence possible des dyscrasies sanguines, qui ont bien été notées dans un petit nombre d'observations, mais sont encore assez mal connues et qui sont, le plus souvent, inexistantes ou, tout au moins, non déterminées.

A ce propos, nous nous devons de signaler la possibilité d'une *insuffisance hépatique* ou de troubles généraux, qui conditionneraient une hémophilie pour laquelle le rein serait beaucoup plus sensible qu'un autre organe et qui déterminerait ces hémorragies.

CHAPITRE III

Symptomatologie - Diagnostic

C'est l'hématurie qui vaut, à la maladie que nous étudions, son nom et sa spécificité clinique. Cette hématurie peut apparaître soit à la suite d'une des causes déjà étudiées au chapitre précédent, soit sans prodromes, sans aucun signe précurseur, au milieu de la plus parfaite santé.

La maladie ayant une fois fait une apparition certaine, il devient difficile (malgré quelques observations assez nettes qu'ont publié Albaran, puis Legueu), de trouver une cause initiale à une nouvelle crise hémorragique qui, comme toute hémorragie d'origine congestive du tractus urinaire, présente ce caractère spécial : *d'être intermittente, de survenir sans causes et de disparaître de même.*

Ces hématuries surviennent donc à intervalles irréguliers ; elles ne sont pas très pénibles, c'est-à-dire,

peu douloureuses et, caractère important, sont formées de sang fluide. C'est ce dernier point qui est assez généralement admis, et qui a permis à MARION d'émettre, en 1924, devant la *Société Française d'Urologie*, la règle suivante. « *En tout cas, jusqu'à plus ample informé, je considère l'absence de caillots, au cours d'hémorragies très prolongées, comme un signe de néphrite hématurique, et l'absence de caillots comme la signature à peu près certaine d'une autre lésion.* Jusqu'ici, ce symptôme ne m'a jamais trompé. Toutefois, à ce sujet, nous nous devons de faire remarquer que d'autres affections, telles que la tuberculose rénale, par exemple, peuvent fréquemment donner des hématuries où l'on ne distingue pas de caillots. »

Comme toutes les hématuries rénales, les hématuries de la néphrite hématurique sont toujours *totales et profuses*, peuvent être continues, peuvent aussi se prolonger pendant des mois et des années. ou survenir à intervalles irréguliers. En général, elles deviennent de plus en plus abondantes, à mesure qu'elles se répètent, mais elles sont parfois très intenses d'emblée et menaçantes pour la vie du malade.

Un certain nombre d'auteurs nous ont signalé que le symptôme « *douleur* » accompagnait, le plus souvent, l'hématurie ; quelques-uns vont même jusqu'à dire, qu'on la rencontre dans les deux tiers des cas ; d'autres, et c'est à peu près ce que nous admettons, car ils paraissent représenter la majorité, disent environ une fois sur deux. C'est la connaissance de l'existence de cette douleur qui a permis à des uro-

logues de la fin du dernier siècle, de parler de la « *néphralgie hématurique* ».

Certaines de ces douleurs sont dues au passage du sang dans les uretères, passage qui provoquerait des contractions douloureuses ; nous aurions donc là un phénomène semblable à celui du cheminement du calcul dans la colique néphritique.

Il en est d'autres qui ressemblent à une *néphralgie* lombo-iliaque, et qui traduiraient l'existence d'une inflammation chronique des reins ou l'excitation des filets nerveux sensitifs du rein, ou de la région lombaire.

La palpation de ces reins qui saignent est sensible au malade ; on perçoit parfois une augmentation de volume ou un déplacement notable.

Un point important est à signaler : c'est la *longue évolution* possible de la maladie ; ces hématuries persistent de nombreux mois et, cependant, le malade conserve un état général relativement bon ; il est vrai qu'ici, il faut mettre à part quelques cas assez rares, où les malades présentent une partie des symptômes du Mal de Bright (tels que hypertension, céphalalgie, troubles de la vision, dyspnée, crampes, nausées, bouffissure de la face, œdème), ces cas paraissant plutôt être l'expression d'un syndrome différent.

Aujourd'hui, par la cystoscopie, la séparation des urines et le catéthérisme des uretères, nous serons assez facilement renseignés sur la source probable des hématuries ; nous saurons le rein qui saigne et nous connaîtrons la valeur fonctionnelle des deux reins.

Nous ne devons toutefois pas oublier que l'hématurie peut être à bascule, et il nous faudra agir avec circonspection pour admettre que c'est le rein droit ou le rein gauche qui sont atteints d'hématurie. Si les deux reins saignent, la cystoscopie nous le montrera.

L'urine contient donc du sang intimément mélangé avec elle, n'ayant en général aucune tendance à coaguler (c'est-à-dire que les épreuves de la coagulation du sang doivent être à peu près normales et ne pas traduire une hémophilie nette. Cette urine contiendra habituellement de petites quantités d'albumine, présentera parfois un certain degré de réaction leucocytaire, quelques cylindres, mais beaucoup plus rarement. Cependant, on pourra remarquer, qu'en général, on a affaire à des reins qui ne fonctionnent pas parfaitement et, en faisant les différentes épreuves cliniques ou de laboratoire, auxquelles on a recours en pareil cas, on trouvera, le plus souvent, une insuffisance hépatique frustrée, une tension sanguine un peu élevée, une urée sanguine et une constante d'Ambard forte, une excrétion urinaire insuffisante, une polyurie assez abondante, en un mot, au point de vue général, des résultats rappelant un peu ceux que l'on trouverait dans toute néphrite.

Diagnostic

Quand l'urologue se trouve en présence d'une hématurie totale, la première question qui se pose à lui, est de savoir quel est le rein qui saigne; c'est là

cystoscopie qui tranchera ce point, à moins que sa certitude ne soit déjà faite par l'existence de signes secondaires, tels que la douleur, ce qui n'est pas le cas habituel dans la néphrite hématurique. Une deuxième question se posera alors, qui sera beaucoup plus difficile à résoudre : c'est la recherche de la maladie cause de l'hématurie. Ici, nous aurons à examiner différents ordres de lésions que nous passerons en revue, les unes après les autres, car il est vrai que le diagnostic de néphrite hématurique ne peut se faire que par éliminations successives.

Cependant, certaines des conditions d'apparition, telle que la concomittance de l'albuminurie et des cylindres, et aussi la bilatéralité, peuvent attirer l'attention, et faire penser immédiatement à la néphrite hématurique, quoique l'on ne soit pas bien certain que ces formes correspondent à notre affection, où il n'y a guère comme symptôme que l'hématurie.

Nous envisagerons une affection essentiellement hémorragiforme, c'est LE CANCER DU REIN : dans cette affection, nous pouvons, souvent, au début, trouver les symptômes de la néphrite hématurique ; seulement, par la suite, n'apparaissent pas les douleurs lombaires plus ou moins violentes, la tumeur rénale, plus ou moins volumineuse. Mais c'est au début qu'il importe de faire un diagnostic différentiel précis, car alors, le traitement et le pronostic varient complètement, alors même que l'on n'aurait que le soupçon de cette dernière affection.

D'autre part, l'examen des urines ne nous donnera pas, comme parfois dans la tuberculose rénale, au dé-

but, des renseignements précis, mais l'apparition d'éléments figurés dans les urines ou l'étude de l'excrétion urinaire, ne nous renseignera que dans les cas moins intéressants, où le cancer du rein aura déjà évolué. En résumé, c'est un diagnostic parfois très difficile; on le fait par élimination, le plus souvent. Il pourra arriver, dans quelques cas, au chirurgien, d'attendre l'intervention et de pratiquer une néphrotomie pour faire le diagnostic.

Nous passerons maintenant à l'étude des formes hématuriques qui peuvent faire confondre la maladie dont nous nous occupons, avec LA LITHIASIE RENALE. Dans cette dernière affection, l'hématurie se produira habituellement dans un des deux cas suivants. Elle peut être provoquée par la marche, l'exercice, le mouvement sous toutes ses formes. S'il peut arriver de commettre l'erreur, il paraît cependant, dans le cas de ces dernières douleurs, plus logique de penser à la lithiasie rénale, et l'on devra pratiquer tous les examens qui pourront permettre de décèler le calcul : rechercher tous les antécédents lithiasiques héréditaires ou personnels, faire l'analyse des dépôts urinaires, pour rechercher la quantité d'acide urique ou de sels d'urée de chaux au de soude, sans oublier la radiographie.

Nous serons plus brefs en ce qui concerne les *hématuries de la grossesse*. Celles-ci existent nettement, mais nous n'oublierons pas que la néphrite hématurique est essentiellement une affection à évolution longue, et nous n'aurons qu'à attendre quelques mois pour voir se confirmer la grossesse.

Quant à L'HEMATURIE HEMOPHILITIQUE, elle survient chez les sujets qui ont un passé hémophilique ; les examens du sang s'imposent. On fera le diagnostic par eux et par la constatation de plaques ecchymotiques ou d'hémorragies en d'autres parties du corps.

A signaler l'hématurie due au rein mobile et celle des affections parasitaires, qui peuvent faire, quelque temps, errer le diagnostic, mais que d'autres examens appropriés, autres que celui de la constatation du sang dans les urines, pourront décèler.

Nous envisagerons maintenant le diagnostic avec la TUBERCULOSE RENALE ; celle-ci, pourra se distinguer par la non existence de signes de néphrite, l'apparition, dans les urines, d'éléments purulents de plus en plus nombreux. « *Toutefois, dit le Docteur RAFFIN, les lésions folliculaires peuvent évoluer lentement, rester localisées pendant longtemps, et la purulence de l'urine se faire attendre.* » D'autre part, la méthode de l'inoculation peut être mise en défaut, et on arrive parfois à opérer le malade sans diagnostic certain. L'étude de l'observation qu'il a publié en 1925, à l'Association Française d'Urologie, nous montre que tuberculose rénale et néphrite hématurique ont pu être intimément liés ; en effet, la malade qu'il à opéré ne présentait aucun signe de bacillose, sa néphrorragie datait de 12 ans et pourtant, à l'examen histologique minutieux, on a trouvé un tubercule, ce qui montre que chez des sujets relativement jeunes, l'idée de bacillose doit, dans ces cas, être toujours présente à l'esprit.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Au point de vue anatomie pathologique, il est rare que l'examen des pièces puisse donner la clef de ces néphrorragies, et que des lésions particulières puissent être nettement différenciées.

Lorsque l'hémorragie est assez abondante, le *milieu sanguin* peut présenter des troubles, mais qui peuvent encore se rencontrer dans toute affection hémorragique; c'est une diminution assez notable du nombre des globules rouges avec augmentation de la valeur globulaire et apparition de formes anormales dans la composition des globules rouges.

D'autres organes peuvent être touchés; le foie peut présenter des signes de cirrhose, qui seraient l'origine d'une véritable hémophilie; *la rate, les organes hématopoïétiques*, peuvent être le siège de sclérose ou d'altérations qui auront modifié le milieu

sanguin, soit en y introduisant des globules rouges anormaux, soit en laissant passer, non transformés ou mal transformés, des produits provenant de la digestion, tels que l'urée, des acides aminés ou leurs dérivés. Parfois, nous trouverons, au niveau de l'appareil digestif ou des glandes annexes, des lésions telles qu'appendicite ou autres (*syndrome hématurique entérorénal*, de HEITZ BOYER) ; mais il nous arrivera souvent de trouver un organisme normal.

Les lésions, quoique pouvant être parfois bilatérales, seraient ordinairement localisées à un seul rein, et se présenteraient sous la forme suivante. Telle est ainsi la manière dont nous les avons trouvées décrites par le plus grand nombre d'auteurs.

La *capsule cellulo-adipeuse* peut être, d'une manière variable, le siège d'une inflammation chronique, qui aurait déterminé la formation de brides, ce qui, dans certains cas, expliquerait la difficulté que l'on a pour pratiquer l'extériorisation du rein.

La *capsule propre*, présente, plus habituellement, un épaissement marqué, avec des adhérences si nettes que, comme dans le cas de notre première observation, on a d'énormes difficultés pour intervenir, et que, par endroit, on doit la laisser en place. On constate parfois, que les vaisseaux de la capsule ont une forme anormale et surtout ont disparu au milieu des adhérences fibreuses.

Le *rein* lui-même, présente peu de chose, ou bien des lésions variables, dans son parenchyme. On ne doit pas y trouver, par définition, de lésions néoplasiques ou tuberculeuses. On y trouve parfois des lé-

sions inflammatoires aiguës ; le rein serait plus friable que normalement ; il a parfois une coloration rougeâtre, avec, quelquefois, des ecchymoses, ou même des suffusions sanguines, et quelques foyers apoplectiques. Sa surface, qui est, le plus souvent, lisse, présente, dans un certain nombre de cas, quelques petits kystes séreux.

En définitive, macroscopiquement, le rein paraît à peu près sain, et l'examen histologique doit être fait assez soigneusement, pour déterminer des lésions discrètes. On y trouve des vaisseaux très nombreux, des globules rouges, qui ont parfois transsudé des parois vasculaires et des lésions, le plus souvent, *parcellaires* de glomérulo-néphrite ; cette néphrite peut être parenchymateuse, interstitielle ou mixte. On trouve aussi des îlots scléreux, au centre desquels apparaissent les vaisseaux ayant laissé transsuder leur contenu. On a, en effet, souvent remarqué, au point de vue histologique (VERLIAC) que les hémorragies interstitielles sont particulièrement abondantes au niveau des petites zones de sclérose.

Sur *les papilles*, apparaissent, dans quelques cas, des varicosités qui auront pu être l'origine de l'hématurie ; dans le calice, le bassinet, on ne trouvera rien d'anormal, sauf une coloration secondaire, due au passage du sang.

Pour conclure, nous dirons que l'examen de l'organe enlevé n'explique que rarement l'origine de l'hématurie, et nous pourrions dire, en mettant à part les cas où cette hématurie est due à une rupture vasculaire, à une infection rénale ou générale, à une né-

phrite nettement reconnue, à une compression du rein, qu'il existe encore de nombreux cas où, malgré toutes les recherches, on ne retrouve pas la signature anatomo-pathologique nette de la cause qui a produit la néphrorragie.

Pathogénie

Pendant assez longtemps, la plupart des auteurs : chirurgiens ou urologues, avaient adopté l'hypothèse de JABOULAY et de ROVSING, qui admettaient que les hémorragies de la néphrite hématurique sont dues à des *troubles réflexes vasculaires*, dont le point de départ serait dans l'irritation des nerfs rénaux ou pararénaux. Il resterait encore à déterminer comment ces nerfs ont pu être lésés.

Nous rappellerons la richesse très grande en cellules nerveuses et en filets sympathiques de la région rénale. M. le Professeur POLICARD nous disait, à ce sujet, que l'on ne pouvait faire une préparation histologique de tissus provenant de la région rénale, sans rencontrer de *cellules nerveuses ou sympathiques*. De plus, histologistes et physiologistes nous apprennent que le rein est l'un des organes les plus sensibles aux excitations, quelles qu'elles soient, que ce soit des réflexes vaso-dilatateurs ou vaso-constricteurs. C'est aussi, à peu près, ce que disait LANCERAUX de ces néphrorragies, qu'il a dénommé angionévrotiques. Cependant, on ne sait dans quel cas domine la vaso-constriction ou la vaso-dilatation.

Une autre théorie attribue ces hématuries à des *lésions de l'organe lui-même*. Or, l'anatomie pathologique des néphrites hématuriques est assez variable et l'intervention, ou la nécropsie, nous montre que ces reins ne présentent, comme l'a dit VERLIAC, que des lésions de *néphrite parcellaire*, et même, parfois, sont tout à fait normaux. En examinant les tubuli, on verra que ceux-ci sont ou normaux, le plus souvent, ou gorgés de sang ou, au contraire, atrophiés. Les résultats sont donc variables, aussi n'aurons-nous pas à insister beaucoup sur cette théorie, et pourrions-nous passer à celle qui explique les hématuries par un vice général de l'organisme.

Ici, la pathogénie de la néphrite hématurique, serait dominée par la notion de *l'ischémie*, ce qu'aurait montré un certain nombre d'examen microscopiques. Ces cas s'accompagneraient, le plus souvent, d'hypertension et de modifications de la teneur du sang, telles que l'augmentation du taux de l'urée et de l'indican. L'épaisseur de la capsule propre du rein et l'existence de plaques indurées et de brides résistantes, parfois observées, s'ajouteraient à l'action des lésions inflammatoires ou toxiques sur le parenchyme, accentuant encore l'effet hémorragique des poussées congestives.

Pour un autre groupe d'auteurs, l'hémorragie serait due simplement à une *tare sanguine* et à des troubles de coagulation, et nous rappellerons, à ce sujet, les travaux de ROQUES et CHALIER, qui faisaient attribuer une grosse influence à l'état cirrhotique du foie. Leur théorie pourrait s'appuyer sur le fait

qu'une des opérations, comme la lombotomie, ont pu déterminer un certain nombre de guérisons (quoiqu'il soit possible que cette intervention ait décongestionné l'organe lui-même). Ce serait-là une théorie séduisante, si, dans tous les cas, on trouvait à l'examen du sang ou à celui d'autres organes générateurs du sang ou en rapport avec lui (tels que: rate, moelle osseuse, foie), des altérations réelles, ce qui n'est pas habituel. Il s'ensuivra que dans l'étude de l'hématurie, nous devons donner de l'importance aux examens sanguins et généraux, sans affirmer que toute hématurie, dite essentielle, puisse s'expliquer par une cause de ce genre.

Je signalerai, en dernier lieu, les travaux de HEITZ-BOYER et de son élève BOUVIER, sur les *formes hématuriques* du syndrome entérorénal, ce serait une infection intestinale qui déterminerait ces hématuries. Plausible dans un certain nombre de cas, cette explication ne peut nettement pas s'adapter à toutes les circonstances.

En définitive, soit que nous concluions que la néphrite hématurique relève de causes, de nous inconnues, mais variables, soit que nous disions que ce sont des hématuries essentielles *sine matris*, nous devons reconnaître qu'il est impossible de déterminer leur pathogénie. Aussi, à moins de méthodes de recherches nouvelles, nous devons accepter leur existence, sans pouvoir arriver à les expliquer toutes ; si cela était, nous devrions les faire rentrer dans un chapitre de la pathogénie rénale déjà connue ; nous venons de nous rendre compte de l'impossibilité où nous

sommes d'y parvenir, à cause de la grande variété et du peu de connaissance que nous avons encore de l'allure et de la forme exacte de cette affection.

Il reste un dernier point à examiner, qui est l'inflammation, et qui a été bien fixé par la communication du Docteur RAFIN, à la *Société d'Urologie*. « *Cependant, comme l'a fait remarquer POUSSON, un fait est établi, c'est que, dans le plus grand nombre des observations, l'examen histologique du parenchyme rénal a révélé des lésions souvent minimes, mais non douteuses d'inflammation. Toutefois, suivant la remarque de VERLIAC, on n'a pas anatomiquement le droit de dire néphrite hématurique, car il n'y a pas de caractère histologique connu de la néphrite hématurique. De plus, cliniquement, les cas étiquetés néphrite hématurique ne se présentent pas, en général, comme des néphrites, mais bien comme des hématuries, qui n'ont pas fait la preuve de leur origine.* »



CHAPITRE V

Traitement

En face d'une hémorragie que nous avons établi être rénale et à laquelle nous ne trouvons aucune explication, nous devons faire toutes les recherches cliniques ou du laboratoire, indiquées au chapitre de la Symptomatologie, et, enfin, arriver à traiter cette hématurie. Nous mettons à part ces cas urgents, où une hémorragie abondante ou bien une autre cause, oblige le chirurgien à agir d'urgence, et à agir selon les circonstances : le plus souvent par néphrectomie.

Notre traitement commencera par celui de la *néphrite médicale ordinaire*. On instituera un régime lacté plus ou moins absolu. Si l'on soupçonne la possibilité d'une cirrhose hépatique où une affection hémorragipare d'un autre organe quelconque, on en instituera le traitement. On fera usage de quelques hémostatiques internes, tel que le *chlorure de cal-*

cium, l'hémostyl, l'ergotine et ses dérivés, le perchlorure de fer, l'eau de Rabel. On utilisera l'action locale des injections intravésicales d'*antipyrine* à cinq pour cent, l'*adrénaline*, le *coagulène*, les solutions intraveineuses et fortes de *citrate de soude*. On mettra en œuvre tous les moyens de décongestion rénale : ventouses scarifiées ou non sur la région lombaire, pointes de feu, lavages du bassinnet au *nitrate d'argent*, après catéthérisme des uretères.

Dans un certain nombre de cas, on aura la chance d'arrêter ces hématuries, mais si l'on échoue, et que l'hématurie soit peu importante ou même, comme il arrive souvent, très intermittente, on conservera le malade en observation, on lui instituera un régime mitigé et on continuera à le surveiller régulièrement, et avec attention.

C'est dans le cas où ces hématuries auraient une durée un peu longue, un retour assez fréquent ou une importance notable que le problème de l'intervention se posera pour le chirurgien.

Quelle sera cette dernière ?

Toutes ont été tentées.

Néphrectomie

Nous examinerons d'abord la plus radicale, la néphrectomie : Celle-ci ne devra être faite que dans un nombre de cas assez restreints et assez nettement déterminés. Il faut d'abord avoir la certitude absolue de l'unilatéralité de la lésion, et rien ne prouve, par la simple constatation du fait, qu'un seul méat uré-

téral saigne, que l'autre rein, a un autre moment, ne soit pas susceptible de saigner lui aussi, et nous devons hésiter à faire enlever un rein qui nous paraît aussi bon que l'autre. On considère, dans ce cas, soit l'importance d'une hémorragie rénale unilatérale que l'on voudra absolument arrêter, soit l'incertitude où l'on est du diagnostic, surajoutée à la difficulté ou aux trop grands dangers d'une néphrectomie, qu'un malade âgé ou anémié ne pourra supporter.

Et c'est lorsque l'on aura une hématurie importante et la possibilité d'une tuberculose rénale et surtout, d'un petit cancer au début, qu'on tentera cette intervention, qui consiste à enlever un rein sans déformation microscopique appréciable. D'ailleurs, les résultats opératoires et lointains qui sont ceux de toute néphrectomie, peuvent être bons, sans oublier la possibilité d'une grave complication pour plus tard : l'hémorragie de l'autre rein.

Néphrotomie

La néphrotomie est une opération souvent tentée par les chirurgiens, pour le traitement de la néphrite hématurique ; elle présente des avantages et des inconvénients. Sont déjà anciennes, les idées de GUYON et ALBARAN, qui ont démontré les perturbations de l'excrétion urinaire et du rein lui-même, dues à la mise en tension et les troubles ainsi apportés au fonctionnement de l'organe et qui seraient énergiquement traités par son ouverture. De plus, cette inter-

vention montre macroscopiquement tout l'intérieur du rein et permet d'apprécier les lésions que pourraient y exister, mais c'est là une opération grave, exposant facilement à l'hémorragie post-opératoire, et qui est à tenter dans le cas de doute du diagnostic, où, si l'on trouvait quelque chose de particulier, et, principalement un néoplasme, elle serait le prélude d'une néphrectomie.

Je ne ferai que signaler les ignipunctures du rein. Rarement employées, elles ont eu des résultats très inconstants.

Symphatectomie

Quant à la dénudation de l'artère rénale et à l'énervation rénale, cette dernière, plus particulièrement tentée par PAPIN, c'est une opération qui fut assez rarement pratiquée ; elle aurait une importance assez minime, et ses résultats sur l'hémorragie sont encore mal connus et inconstants. Jusqu'à ce jour, elle a été plutôt réservée au traitement des néphrites douloureuses.

Lombotomie

De même, pour la lombotomie, que les chirurgiens pratiquèrent autrefois et qui consistait à ouvrir la région rénale sans agir sur le rein, ce qui faisait, en quelque sorte, une saignée locale et, peut-être, une transformation des éléments du sang et des organes

hématopoïétiques ; ce qui était dû à l'hémorragie produite. Les résultats ont été incertains, avec quelques guérisons et d'assez nombreux insuccès. On pourrait d'ailleurs se demander, à ce sujet, si une saignée ou bien une intervention sanglante en un autre point de l'organisme, n'aurait pas un résultat identique d'arrêt de l'hémorragie : c'est là une question non encore déterminée.

Décapsulation rénale

Reste une intervention sur laquelle nous aurons à insister davantage car, ce serait, à notre avis, celle que l'on devrait tenter, lorsque l'on a à intervenir sur une néphrite hématurique : je veux dire la décapsulation rénale.

Quel est son effet ? L'arrachement de la capsule enlève souvent en même temps que cette dernière, un certain nombre de tubes contournés périphériques : cet arrachement et l'ouverture de la région rénale, ont provoqué une hémorragie qui aurait pour effet de déterminer, par manière réflexe, une vaso-contriction en une autre partie du rein, ou bien elle entraînerait une variation de la composition du sang ou du côté des organes hématopoïétiques, entr' autres la moelle osseuse, qui, par ce fait, donnerait un sang moins liquéfié et plus facilement coagulable. Nous reviendrons par là à peu près à ce que nous avons déjà dit à propos de la lombotomie.

Un fait est certain : c'est qu'une fois la capsule rénale arrachée et le rein fixé en place, des anastomo-

ses rapides se forment entre la graisse périrénale et le rein : et ces anastomoses, non seulement compenseraient largement la perte des vaisseaux déchirés au cours de la décapsulation, mais permettraient aussi le retour du sang, faisant, en quelque sorte, une dérivation. Le sang qui passerait par ces vaisseaux néoformés est, il est vrai, en assez faible quantité, mais suffirait probablement pour éviter le retour de la congestion rénale.

L'action de la décapsulation présentera donc encore pour nous, beaucoup d'obscurités et nous pourrions adopter soit une théorie de décongestion rénale, soit une théorie basée sur la coagulation du sang, soit une théorie réflexe et sympathique, car nous savons qu'il est admis que le rein est un organe très sensible aux phénomènes vago-sympathiques, que ce soit vaso-constriction ou vaso-dilatation ; c'est de ce côté-là qu'il nous semblerait que l'on doive chercher l'explication des heureux effets de la décapsulation dans la néphrite hématurique.

M. le Docteur GIULIANI, qui est intervenu sur les trois malades dont nous publions l'observation pratique la décortication du rein de la manière suivante : Une incision lombaire étant faite à travers la paroi et les muscles, le rein est attiré au milieu de la plaie, est incisé suivant son bord externe, depuis son extrémité supérieure jusqu'à son extrémité inférieure. Cette incision cherche, autant que possible, à n'intéresser que la capsule. Ensuite, une lèvre de la capsule est saisie par une pince et on cherche à décoller la capsule du parenchyme sur toute la surface du rein. Si des tractus fibreux existent, on les sectionne.

Le rein est ensuite remis en place et fixé par les débris de la capsule, sans tenir compte d'un léger suintement obligatoire, mais qui s'arrête spontanément.

Les *résultats* que l'on obtient par cette intervention sont en général bons. De plus, si elle ne permet pas, comme la néphrotomie, de voir l'intérieur du rein, et si ainsi, elle rend plus difficile la possibilité de diagnostic de tumeur ou de bacillose probable, elle présente, par contre, des dangers bien moindres ; l'hémorragie post-opératoire est bien moins à craindre ; le rein non ouvert a été beaucoup moins lésé dans son fonctionnement, et le déchet opératoire est assez peu important. En cas d'échec, assez rare, une autre intervention reste possible, et c'est sans crainte d'aucune sorte que l'on peut faire une décapsulation double.

C'est une opération dont la guérison est la règle, après un temps de maladie assez court. En effet, après vingt à trente jours, les malades sont, le plus souvent, guéris.

Observations

OBSERVATION I

*Hématurie datant de 20 ans guérie par décapsulation difficile.
Pas de lésion, sauf un kyste sans caractère spécial à la
partie super.*

M. S..., G... vient consulter le 30 juillet 1923 pour hématurie.

Pas d'autres maladies antérieures qu'un point pleurétique il y a 30 ans et quelques troubles digestifs. Il y a 20 ans, il a eu une hématurie assez abondante et continue pendant une quinzaine de jours environ, mais sans douleurs. N'a jamais eu de crises douloureuses rénales ni de signes de lithiase. Pas de maladies vénériennes.

L'hématurie actuelle a débuté, il ya 12 jours, pendant que le malade était en train de faucher; elle n'a pas cessé depuis. Les mictions se font sans douleur, sans fréquence anormale. Les hématuries sont totales.

L'urèthre et la prostate sont normaux.

Les reins ne sont ni perçus ni douloureux.

L'épididyme gauche est un peu induré.

A l'examen cystoscopique, on trouve des éjaculations sanglantes par l'orifice urétéral gauche. L'orifice urétéral droit est normal: l'urine recueillie de ce côté ne contient pas de sang et donne 13 gr. 80 d'urée par litre.

La radiographie urinaire est négative.

Cette hématurie continue sans arrêt pendant trois semaines; une nouvelle cytoscopie montre encore des éjaculations sanglantes à gauche.

C'est alors que M. le Docteur Guiliani se décide à intervenir le 21 août 1924 sur le rein gauche qu'il trouve normal en apparence. Il fait une décapsulation mais la capsule est très adhérente, elle emporte en se détachant des fragments de rein à tel point que par places on est obligé de la laisser adhérente. Une incision du rein, au niveau du pôle supérieur, montre dans la zone corticale une petite cavité kystique à paroi très lisse. L'incision qui est prolongée jusqu'à la zone médiane du rein ne montre rien d'anormal. Suture totale du rein.

Le soir de l'opération, l'urine semblait déjà moins hématurique et le lendemain, il n'y avait déjà plus de sang macroscopiquement.

Les suites opératoires sont simples, l'urine prit rapidement un aspect normal.

Le 5 octobre 1923, on n'y voyait au microscope que quelques rares hématies et quelques rares leucocytes.

Le Docteur Guiliani revoit la malade le 30 octobre 1924. Depuis l'opération (c'est-à-dire depuis plus d'un an), il n'a pas revu de sang dans son urine. Celle-ci est à ce moment limpide, sans globules rouges, sans albumine. L'état général est bon; le malade a repris son travail d'agriculteur. Se plaint seulement encore de légères douleurs dans la région lombaire du côté opéré.

OBSERVATION II

*Hématurie sans raison. Décapsulation, rein tout à fait normal.
Guérison.*

Mme M..., 63 ans, vient consulter, le 5 juillet 1923, pour hématurie datant de huit jours.

Aucun antécédent urinaire.

Fièvre typhoïde à 39 ans. Pas de grossesses.

L'hématurie a commencé brusquement, il y a huit jours, sans douleurs, sans modifications de la miction. Elle n'a pas cessé depuis, en conservant le caractère d'hématurie totale et en provoquant, par son abondance, de l'affaiblissement de la malade.

L'examen des différents organes ne montre rien d'anormal.

La cystoscopie montre des éjaculations sanglantes par l'orifice urétéral gauche. A droite, l'urine est claire, elle contient 9 gr. 52 d'urée par litre, alors que l'urine gauche n'en contient que 3 gr. 57.

Azotémie : 0,58.

Radiographie urinaire négative.

Le 10 août, l'hématurie n'ayant pas cessé, on fait une nouvelle cystoscopie, qui montre toujours du sang à gauche. On met une sonde dans le bassin et on y instille du nitrate d'argent à 1 %. L'observation ne porte rien d'écrit au sujet de l'effet produit par cette instillation, mais le Docteur Guiliani croit se rappeler qu'il y eut le lendemain un arrêt de l'hématurie; quoi qu'il en soit, celle-ci reparût après un jour ou deux. On administre alors une ampoule d'hémostyl par ingestion à la malade et l'hématurie s'arrête pendant vingt-quatre heures.

Une intervention proposée à la malade fut refusée.

On revoit la malade au mois de juin 1924, plus affaiblie. L'hématurie s'est manifestée fréquemment depuis neuf mois.

L'inoculation de l'urine a été négative.

Le 19 juin 1924, l'azotémie égale 0,45, la constante d'Am bard 0,10.

Le 21 juin, on fait l'intervention. La lombotomie gauche conduit sur un rein normal en apparence. La décapsulation est difficile en raison de nombreuses adhérences, surtout marquées au niveau du pôle supérieur. A ce niveau, une incision du tissu rénal ne montra rien d'anormal. La palpation du bassin est négative.

Suture totale du rein.

Suites opératoires simples.

Le 29 juin, il n'y a plus de sang dans l'urine, celle-ci est limpide.

Le 6 juillet, l'urine est claire, sans hématies, après centrifugation, sans albumine.

Rentre guérie chez elle, le 16 juillet.

Revue trois semaines après, la malade paraît aller bien, l'urine s'est maintenue claire sans albumine.

Depuis, la malade a conservé un bon état général sans hématurie.

OBSERVATION III

Hématurie dont on ne peut déterminer la cause. Guérison par décapsulation. A noter une respiration un peu soufflante du sommet gauche.

Mme Ch..., 28 ans, est vue pour la première fois le 6 juillet 1926 et se plaint, du rein droit, de la fosse iliaque droite; l'urine est sanglante. Le début de la maladie s'est fait en novembre 1925, par ces douleurs droites qui ont persisté; au mois d'avril 1926, apparition du sang dans l'urine; depuis, l'hématurie n'aurait pas cessé et se serait manifesté avec une abondance variable. Réglée régulièrement. A eu, en 1915, une bronchite légère et, en 1919, une pleurésie sèche du sommet gauche, qui aurait duré trois semaines.

Au premier examen, on constate une malade pâle, amaigrie; son urine est hématique; au microscope, on y trouve du sang, de rares globules blancs isolés et d'assez nombreux bacilles coliformes (Laboratoire Mérieux). Les mictions sont normales, non douloureuses. La palpation du rein, qui n'est pas douloureuse, montre seulement un peu de mobilité à droite.

Une cystoscopie pratiquée le 26 juillet montre à gauche des éjaculations sanglantes; l'urètre droit est sondé jusqu'au bassinot, on y recueille une urine normale contenant de rares leucocytes, quelques cellules, aucun microorganisme, 7 gr. 96 d'urée par litre (Labor. Mérieux). La capacité du bassinot mesurée est normale. A noter que la malade ne souffre jamais du côté gauche, mais se plaint presque constamment du côté droit.

La radiographie urinaire est négative (Docteur Charrat). La malade est gardée en observation pendant plus d'un mois, l'hématurie ne cesse pas sans être cependant très abondante.

Le 18 août, une séparation des urines donne, à droite, 6 gr. 8 d'urée pour 1.000 et, à gauche, 6 gr. 73.

Une inoculation au cobaye est faite le 18 août. Le 29 septembre, le cobaye sacrifié ne montre aucune lésion de tuberculose.

La malade revient se montrer à ce moment; l'hématurie n'a pas cessé.

Azotémie : 0,29. Constante d'Ambard: 0,08.

Le diagnostic ne peut être fait; s'agit-il de néphrite hématurique simple? S'agit-il de tuberculose malgré l'inoculation négative? La malade a une respiration un peu soufflante du sommet gauche.

Devant la persistance de l'hématurie, M. Guiliari intervient le 12 octobre 1926 sur le rein gauche. On trouve celui-ci très abaissé, mais de volume, d'aspect et de consistance normaux; le bassinet et l'urètre sont normaux. On fait une décapsulation facile, car il n'y a pas d'adhérences; le tissu rénal a un aspect sain. Néphropexie par les lambeaux capsulaires. On met un drain et on suture.

Le 15 octobre, c'est-à-dire trois jours après l'opération, l'urine n'a plus de sang. Les suites opératoires ont été simples, l'hématurie ne s'est pas reproduite.

Le 15 novembre : urine claire sans sang, ni albumine.

Conclusions

I. — On trouve assez fréquemment des hématuries abondantes, intermittentes, qu'un examen clinique ne permet pas de rapporter à une cause comme tumeur, tuberculose, lithiase, etc.

II. — L'examen cystoscopique montre que l'hématurie est unilatérale ou bilatérale.

III. — Ne pouvant pas trouver une cause bien nette en présence de ces hématuries, on dit que ce sont des « Néphrites hématuriques ».

IV. — Et cependant, dans les périodes où il n'y a pas de sang, on ne trouve souvent pas de signes de néphrite.

V. — On peut, sans avoir cependant de preuves cliniques tout à fait nettes, admettre que ces hématuries sont la conséquence d'altérations du sang.

VI. — Dans quelques cas de néphrectomie, pour cette affection, l'examen histologique a montré des lésions de néphrite parcellaire.

VII. — Le traitement chirurgical de cette maladie,

appelée néphrite hématurique, est particulièrement efficace, c'est la décapsulation qui paraît être la meilleure méthode ; elle arrête, le plus souvent et tout de suite, l'hémorragie.

On a fait aussi la néphrotomie et l'énervation du rein.

VIII. — Au cours de ces interventions, le rein peut présenter un aspect tout à fait normal à sa surface.

IX. — Il persiste encore des obscurités nombreuses, au sujet de l'explication de la pathogénie de ces hématuries et de leur cessation après décapsulation.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	ROCHET.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 Février 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- AGLAVE. — Hématurie. *Encyclopédie d'Urologie*.
- ALBARAN. — Diagn. des hémat. rénales. *Annales génto-urinaires*, 1898, p. 449.
- Hématuries des néphrites méconnnues, 4^e Sess. de l'Assoc. franç. d'Urologie, 1839.
- Des néphrites hématuriques. *Presse Médicale*, 1904.
- ALBARAN et HEITZ BOYER. — Procédé simple pour la recherche du sang dans l'urine. *Presse Médicale*, 19 mai 1909.
- ANDRÉ. — Un cas de néphrite hématurique. *Journal d'Urologie*, janvier 1925.
- BOBBIO. — Patologica, clinica et terapia delle nephrite ematuriche. *Revista sintitica et clinica. Revista venata di Scienze Mediche*, t. IV, n° 12, déc. 1911.
- BLACK. — Essential Hematuria. *Ann. Dermat. et genito-urin.*, Saint-Louis, 1908.
- BOUSQUET. — Résultats des N. chron. unilatérales traitées par néphrectomie. Lyon, 1924.
- BURGESS. — Symptomles hematuria. *Brit., M. J.*, London, 1922, p. 787, t. 9.
- BROCCA. — Hémorragies rénales sans lésions connues. *Ann. org. gén. urin.*, 1901, p. 19.
- BRISKNER. — Observations d'appendicite avec hématuries. *American Journal of Gurgery*, 1910.

- BOUVIER. — Formes hématuriques du syndrome entéro-rénal. *Thèse*, Paris, 1924.
- CASTAN. — Un cas d'hématurie essentielle. *Assoc. Urol.*, 1899.
- CAVAILLON. — Néphrites hématuriques. *Lyon Médical*, 1906, p. 902.
- COURCHET. — Hématuries dites essentielles. *Thèse* de Montpellier, 1912.
- CARETTI. — Sobre nefritis hemorragica cronica observaciones clinicas. *Semana Médical*, Buenos-Ayres, 1919.
- CARLUS et LEROY. — Hématuries au cours de l'appendicite. *Province Médicale*, 7 mars 1914.
- BÉRARD. — Deux néphrectomies pour hématuries sans lésions décelables de tuberculose, calculose ou tumeur rénale. *Lyon Médical*, 1912, CXVIII, 1213-1288.
- CASTAGNE. — Néphrites hématuriques aiguës. *Manuel des Maladies du Rein*.
- CHATLY. — Contribution à l'étude histo-pathol. des néphr. hématuriques et douloureuses. *Thèse*, Paris, 1925.
- CHEVASSU. — Un cas de néphrite hématurique. *Soc. Franç. d'Urologie*, mars 1924.
- DEVAUX. — Ein Beitrag zur Lehre von der Essentullen hématuria. *Ztschr. f. Gyn. Urol.* Leipzig, 1908-1909.
- DECOUSSER. — Contribution à l'étude des hématuries au cours de l'appendicite. *Thèse* de Paris, 1919.
- DEMONS. — C. R. XII^e Session de l'Assoc. Franç. de Chirurgie, octobre 1898.
- DURAND. — Sur les néphrites hématuriques. *Année Médicale pratique*, 1925.
- DUVAL (E.). — Appendicite chronique d'emblée avec hématuries. Appendicectomy. Guérison. *Normandie Médicale*, 1^{er} août 1912, p. 344.
- EDEBOHLS. — The surgical treatment of Brights disease. New-York, 1904.
- ERTZBISHOFF. — Traité des néphrites chroniques. Paris, 1905.
- ESCAT. — Causes des néphrites hématuriques. Décortication d'un rein sénile hématurique. *Soc. Franç. d'Urologie*, déc. 1923.

- FONTANIÉ (Joseph). — Etude de l'hématurie rénale dans les néphrites chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1903.
- FAYOLLE (Pierre). — Contribution à l'étude de l'hématurie dans les diverses formes de l'appendicite. *Thèse de Lyon*, 1913.
- FRIPAUX. — Les hématuries pseudo-essentielles. *Clinique*, Paris, 1910, p. 709.
- GALLAND-GLUZE. — Hématuries d'apparence essentielle. *IV^e Session Assoc. Franç. d'Urologie*, Paris, 1899.
- GAYET. — Hématurie rénale. *Lyon Médical*, juin 1926.
- GAUTHIER. — Les hémorragies dans le rein mobile. *Thèse*, Paris, 1908.
- GUÉPIN. — Hémat. essentielles. *Congrès d'Urologie, France Méd.*, Paris, 1900.
- GERBER (Marc). — Contribution à l'étude des hématuries au cours de l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1920.
- GUILIANI. — Deux cas de néphrite hématurique guéris par le traitement chirurgical. *Société de Médecine et des Sciences médicales*. Lyon, nov. 1925.
- Un cas de néphr. hémat. *Lyon Médical*, nov. 1926.
- GOUGET. — Hématuries de voisinage. *Presse Médicale*, 15 juin 1912.
- HEITZ-BOYER. — Néphrites et pyélonéphrites à origines intestinales. Syndr. entéro-rénal. *Soc. Méd. des Hôp.*, 25 juill. 1919. *Bull. de Soc. Méd.*, 17 oct. 1919. *Journal Médical Français*, mai 1922. *Journal de Médecine et de Chirurgie*, 10 mars 1920. *Soc. Franç. d'Urologie*, mai 1924.
- HILDEBRANDT. — Ueber Einen Fall. Von eim sertiger, essentiellen hamaturie. *Chente Ann.*, Berlin 1908.
- HOFFMANN. — So called essential or symptomles o hematuria. *Urol. e Brit. Rev.*, Saint-Louis, 1918, 578-580.
- ISRAEL, SENATOR et KLEMPERER. — C. R. de la Soc. de Médec. intern. de Berlin, 13 et 21 janv. 1901.
- LAUGERON et BOCCA. — Néphrites hématuriques et hématuries dans les néphrites. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 janvier 1925, p. 19.

- LOUMEAU. — Hématuries essent. IV^e Sess. Assoc. Franç. d'Urolog., Paris, 1899. *Gazette Hebdom. des Soc. Méd. de Bordeaux*, 1900.
- LE CAM. — Néphrite bénigne à poussées congestives hématuriques. *Thèse de Paris*, 1923.
- LIVERMORE (George-R.). — Causes possibles des hématuries rén. qui ne peuvent être exactement diagnostiquées. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, nov. 1924, p. 1390.
- LEQUEU. — Conséquences chirurgicales de la terminalité des artères du rein. *Mouv. Médical*, t. I, 1^{er} janv. 1913. Suite de discussions sur les hématuries de causes indéterminées. *Bulletin de Soc. Franç. d'Urol.*, Paris 1923.
- LE RENARD (André). — La décapsulation du rein. *Th. de Lyon*, 1923.
- LEROUY. — Essential Hemat. *Surg. Gyn. et Obstetric.*, Chicago, 1922, 22-32.
- MICHAUX (Georges). — Les néphrites chroniques hématuriques. *Thèse de Paris*, 1900.
- MARTIN (Yves). — L'hématurie dans l'appendicite. *Thèse de Bordeaux*, 1913.
- MARFAN. — Article sur la néphr. hémat. *Année Médicale pratique*, 1925.
- JACOULET. — Hématuries essentielles et néphrites hématuriques. *Progr. Méd.*, Paris 1911, p. 325-327.
- JEANSELME. — Néphrite aiguë hémorragique, par *Bacterium coli*. *Gaz. Hbd. de Med. et Chir.*, 15 juin 1893.
- KARAFFA KORBUT. — Sur les néphrorragies essentielles. *Folia Urologica*, Leipz., 1907.
- KLEMPERER. — Hématuries provenant d'un rein sain. *Deutsche Med. Woch.*, 1897, V. 23.
- La néphrite hématurique. *Paris Médical*, 2 août 1924.
- MALHERBE et LEGUEU. — Hématuries essentielles. IV^e Sess. Ass. Franç. d'Urol., Paris, 1899.
- MARION. — Hémorragies dans les néphrites et néphrites hématuriques. *Progrès Médical*, 1911, p. 95.
- Causes des néphrites hématuriques. *Soc. Franç. d'Urologie*, janv. 1924.

- MELKEN. — Essential hæmaturia. *Ann. J. Urol.*, N.-Y., 1912, vii 352-361.
- MACALPINE. — Symptomless hæmaturia. *Brit. M. J.*, London, 1921, i. 631.
- MOLLARD. — Hypertrophie des reins au cours de la cirrhose de Laënnec. *Lyon Médical*, 1902.
- MICHON. — Des néphrites hématuriques. *Soc. Franç. d'Urologie*, le 27 mai 1925.
- MONTEL. — Rôle du foie dans la production des hématuries. *Thèse*, Lyon 1912.
- MURARD. — La décapsulation du rein. *Lyon Chirurgical*, t. X, n° 4, 1^{er} oct. 1913. — Néphrites chroniques au point de vue chirurgical. *Th.*, Lyon, 1913.
- NICOLECH. — Néphr. hématuriques bilatérales. *Assoc. Franç. Urologie*, 1904-1905.
- NOVÉ-JOSSERAND et FAYOL. — Contribution à l'étude de l'hématurie au cours des diverses formes de l'appendicite. *Journal d'Urologie*, janvier, 1914.
- O'NEIL. — Observations on the hæmaturia of chronic infection nephrites. *Internat. of Surgery*, New-York, 1920, XXX, vii 72-83.
- OPPEL. — Observation de néphrite hématurique. *Rusta-chir. Arch.*, St-Petersbourg, 1909, XXV.
- PASTEAU. — Observation de néphrite hématurique. *Société Française d'Urologie*, 1^{er} mai 1924.
- PANS. — Om. essential hæmaturi. *Norsk. Mag.-C. Lægevidensk.*, Kristiana, 1909.
- PINGUS. — Essentielle hamaturie. *Deut. Med. Wehn. Schr.*, Leipzig u. Berlin, 1908.
- PILLET. — Hématurie par néphrite simple. *Journal d'Urologie*, Paris 1923, p. 44 à 47.
- POUSSON. — Néphrites hématuriques. *Encyclopédie d'Urol.*
 — Sur le rôle des phénom. congestifs dans la pathog. des hém. rénales. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1^{er} juin 1898.
 — Trait. opérat. des néphrorragies. *Bull. Méd. de Paris*, 1909, t. XXIII.
 — Néphr. chron. hém. *Ann. des Mal. des Org. génito-urin.*, Paris.

- RAFIN. — Néphrite hématurique de longue durée et tuberculose rénale, 1925.
- REYNARD. — Néphrite hématurique. Néphrectomie, guérison. *Lyon Médical*, 30 janvier 1927.
- ROBINSON et JACOULET. — Sur les hématuries dites essentielles. *Revue de Chirurgie*, Paris 1910.
- RIGDON. — The diagnosis of essential hematuria. *Annales J. Urol.*, New-York, 1910.
- RANDAL (Alexander). — Etiologie de l'hématurie rénale unilatérale. *Journal of the Americ. Med. Assoc.*, janvier 1913, p. 10 à 14.
- ROVSING. — Om operative Behandling ved Kronisk nephritis. *Hospitalstidende*, 1902, XLV, 1.
- ROCHET et THEVENOT. — Un cas d'hématurie compliquant une tuberculose rénale. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, déc. 1926.
- SCHWYZER. — Hématurie essentielle. *Ann. of Surgery*, mai 1909.
- SEELIG. — Hématurie et appendicite. *Surg. Gyn. et Obst.*, Chicago, octobre 1908.
- SCHENCK. — Concerning so called essential hematuria. *Surg. Gyn. Obst.*, Chicago, 1911, X, n° 68-73.
- SISK. — Essential hematuria. Wis.-cousin. *M. J. Milivankee*, 1922-1923, XX, i. 23.
- SENATOR. — Ueber essentielle Hämaturie. *Berlin, Vilm., Woch.*, 1910, XLVII, p. 205.
- Société Française d'Urologie. — Compte rendu des séances et discussions depuis décembre 1923 jusqu'à février 1925.
- TÉDENAT. — Hématurie essentielle. IV^e Sess. Assoc. Franç. d'Urologie, Paris, 1899.
- THOMAS. — So called essential hematuria. *Path. Soc.*, Philadelphie, 1910.
- TRUESDALE. — Hématurie unilatérale dans la néphrite chronique. *Boston Med. Surg. Journ.*, janv. 1912.
- VERLIAC. — Comptes rendus anatomiques d'examen du rein, Paris.
- WEIL (Em.) et CLAUDE. — Les hémorragies et les troubles de coagulation du sang dans la néphrite chronique. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 avril 1907.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	11
Chapitre Premier.— Définition-Historique.....	12
Chapitre II.— Etiologie... ..	15
Chapitre III.— Symptomatologie-Diagnostic.....	19
Chapitre IV.— Anatomie pathologique.....	27
Pathogénie.....	30
Chapitre V.— Traitement.....	35
Observations.....	43
Conclusions.....	49
Bibliographie.....	51



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU
• 42, QUAI GAILLETON •
• • • • • LYON • • • • •



